

## APLICACION PARA COMIDAS GRATUITAS Y COMIDAS A PRECIO REDUCIDO

Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_

Para solicitar comidas gratuitas o a precios reducidos para su hijo(s) llene, firme y devuelva esta solicitud a la escuela. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al teléfono \_\_\_\_\_.

<b>Apartado 1</b>	Llene este apartado para niños(as) que van a esta escuela/distrito pero que no están incluidos en las estampillas de comida, CA o FDPIR. <b>(Vaya al Apartado Número 3)</b>			
	Nombre del Niño(a)	Nombre de la escuela	Grado	Maestro(a)
	1. _____	_____	_____	_____
	2. _____	_____	_____	_____
	3. _____	_____	_____	_____
	4. _____	_____	_____	_____

<b>Apartado 2</b>	Llene este Apartado para los Niños(as) que van a la escuela/distrito y que están recibiendo estampillas de comida, CA o FDPIR. <b>(Vaya al Apartado número 5)</b> Número de caso de estampillas de comida: _____ Número de CA: _____ Número de FDPIR: _____ El distrito escolar verificara su numero de caso relacionado a Estampillas de Comida o Asistencia Monetaria a través del Departamento de Seguridad Económica. Los numeros de casos FDPIR seran verificado a través de la apropiada Organización Tribal de Indios.			
	Nombre del Niño(a)	Nombre de la escuela	Grado	Maestro(a)
	1. _____	_____	_____	_____
	2. _____	_____	_____	_____
	3. _____	_____	_____	_____
	4. _____	_____	_____	_____

<b>Apartado 3</b>	Si su hijo está incluido en el Apartado 1, usted debe llenar este Apartado Y también el Apartado número 5. Si su hijo(a) está incluido en la lista del Apartado 2, no llene este Apartado y pase al número 5. <b>MIEMBROS DE LA CASA:</b> Haga una lista de los nombres de cada una de las personas que habitan en la casa, incluyendo usted, otros adultos y niños(as). <b>NO INCLUYA LOS NIÑOS(AS) QUE ESTÁN YA INCLUIDOS EN EL APARTADO 1.</b> <b>INGRESOS MENSUALES:</b> Ponga la cantidad de ingresos mensuales de cada persona y de dónde los recibe. Escríbalos en la misma línea con el nombre. Escriba una lista de los ingresos BRUTOS (ANTES de las deducciones de impuestos, seguridad social, etc.)
-------------------	--

NOMBRES	Escriba usted el número total de personas en su familia (incluyendo usted)	Ingresos mensuales de Trabajo (antes de impuestos)	Asistencia Mensual* Pagos Ayuda para niños CA y Pension	Ingresos mensuales Pensiones, Retiro y Seguridad Social	Ingresos mensuales de otras Fuentes de ingresos	No hay ingresos v Aquí
	\$	\$	\$	\$	\$	
	\$	\$	\$	\$	\$	
	\$	\$	\$	\$	\$	
	\$	\$	\$	\$	\$	
	\$	\$	\$	\$	\$	

<b>Apartado 4</b>	<b>NIÑOS ADOPTIVOS/INSTITUCIONALIZADOS:</b> Completar una aplicación por separado por cada niño ya sea adoptivo/institucionalizado. Escribir el ingreso personal del niño y cada cuanto se reciben. <b>(Vaya al Apartado número 5)</b>
	Nombre del niño(a) _____ Grado _____ Ingresos mensuales _____

<b>Apartado 5</b>	Nombre (en letra impresa) _____ Dirección _____ Teléfono (casa) _____ en _____ Teléfono (trabajo) _____	Certifico que toda la información dada es verdadera correcta Entiendo esta información ha sido dada para recibir Fondos Federales; que los oficiales de la institución pueden verificar esta información; y que la información dada incorrecta puede dar lugar a acusación y persecución mi contra de acuerdo con las leyes vigentes tanto estatales como federales.
	Firma y número de Seguro Social del miembro adulto de la familia que firma esta forma; o marque la cajita de abajo si esta persona NO tiene número de Seguro Social.  _____ Firma	_____ Seguridad Social
	_____ Fecha	

Si NO tiene usted Núm. de SS - v Aquí ?

**Solo para uso oficial**

**Eligibility**

Total Household Size: \_\_\_\_\_

Total Monthly Income \$ \_\_\_\_\_

Food Stamp/CA/FDPIR \_\_\_\_\_

**Eligibility Determination**

Approved free  Approved Reduced

Denied (Reason) \_\_\_\_\_

Temporary Approval Until \_\_\_\_\_

Date Approved \_\_\_\_\_ Date Notice Sent \_\_\_\_\_

Signature of Determining Official \_\_\_\_\_

La SECCION 9 del Acta Nacional de Comida Escolar requiere que, al menos que se de el número de las estampillas de comida de su niño o el número del caso de CA o FDPIR, usted deberá dar el número de Seguridad Social del adulto que firma esta aplicación o indicar que no lo tiene, si así fuera. No es obligatorio el dar el número de Seguridad Social, pero si no se da o no se indica que el adulto firmante no lo posee, la aplicación no puede ser aprobada. Esto se le debe hacer saber a la persona que firme. El número de Seguridad Social puede ser utilizado para identificar al miembro de la casa y por medio de él verificar que la información dada en la aplicación es correcta. Estas verificaciones pueden ser llevadas a cabo a través de revisiones, auditorias, e investigaciones y puede incluir el ponerse en contacto con el empleador para determinar el salario, contactar la oficina de estampillas de comida o ayuda (welfare) para determinar si está recibiendo beneficios de Estampillas de Comida, CA o FDPIR; contactar la oficina de seguridad de empleo del Estado para verificar la cantidad de beneficios recibidos y ver la documentación presentada por el miembro del hogar para probar la cantidad de ingresos recibidos. El dar información incorrecta puede resultar la pérdida o reducción de los beneficios, demanda administrativa o acción legal.

<b>Apartado</b> 6	<p><b>RAZA:</b> Por favor indique raza o identidad etnica de su hijo. No se le requiere que conteste. Necesitamos esta información para aseguramos que los beneficios sean otorgados justamente.</p> <p>( ) Negro, Africano Americano          ( ) Asiático          ( ) Indio Americano o Nativo de Alaska          ( ) Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico          ( ) Blanco          ( ) Hispano o Latino</p>	<p>De acuerdo con la Ley Federal y la política del Departamento de Agricultura de los E.U., a esta institución se le prohíbe discriminar en base a raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para registrar una queja de discriminación, escriba al USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington DC 20250-9410 o llame al 202-720-5964 (voz y TDD). USDA es un proveedor y patrón de oportunidad igual.</p>
----------------------	--	--

**FOR SCHOOL USE ONLY**

**VERIFICATION**

Date Selected for Verification \_\_\_\_\_  
 Response Due from Household \_\_\_\_\_  
 Second Notice Sent \_\_\_\_\_  
 Date Response Received \_\_\_\_\_  
 Sample Selection:    ( ) Random        ( ) Focused  
                           ( ) 100%        ( ) Other

**Verification Results:**

( ) No Change  
 ( ) Ineligible  
 ( ) Free to Reduced  
 ( ) Reduced to Free

**Reason for Change:**

( ) Income  
 ( ) Household Size  
 ( ) Refused to Cooperate  
 ( ) Other \_\_\_\_\_

( ) Food Stamp/CA/FDPIR Eligibility:  
   ( ) Not Confirmed  
   ( ) Food Stamp/CA/FDPIR Office  
   ( ) Notice of Eligibility  
   ( ) Agency records

( ) Monthly Income \$ \_\_\_\_\_  
 ( ) Wage Stubs  
 ( ) Written Documents  
 ( ) Collateral Contact  
 ( ) Other \_\_\_\_\_

Date Adverse Notice Sent \_\_\_\_\_  
 Date of Change \_\_\_\_\_  
 Signature of \_\_\_\_\_  
 Verifying Official \_\_\_\_\_  
 Date \_\_\_\_\_

<b>MONTHLY INCOME CONVERSION: WEEKLY X 4.33; EVERY TWO WEEKS X 2.15; TWICE A MONTH X 2</b>
--